

健康保険出産手当金請求書 (第 回目)

必ずA3用紙に印刷してご使用ください。

① 被保険者証の記号・番号				② 被保険者氏名				③ 生年月日						
1	2	3	4	1	2	3	健保 花子	5:昭 7:平 9:令	0	1	0	2	0	3
④ 被保険者(請求者)の住所				〒〇〇-〇〇 東京都中央区△△ ×一×				電話 〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇						
⑤ 事業所の名称				〇〇土建株式会社										
⑤ 事業所の所在地				〒000-0000 東京都中央区〇-〇-〇				電話 00 (0000) 0000						
⑥ 被保険者の資格取得年月日				5:昭 7:平 9:令	0	2	0	4	0	1	⑦ 標準報酬月額			
								440				千円		
⑧ 分娩前に請求するときは(A)分娩予定年月日を、分娩後に請求するときは(A)の分娩予定日と(B)の分娩のあった年月日				(A) 分娩予定日				7:平 9:令	0	5	0	4	2	3
				(B) 分娩日				7:平 9:令	0	5	0	4	1	8
⑨ 分娩のため休んだ期間				自 令和 5 年 3 月 8 日から				98 日間						
				至 令和 5 年 6 月 13 日まで										
⑩-A				うえの⑨に書いた期間分の報酬(賃金)を受けましたか、または受けられますか				受けた ・ 受けない ・ 受けられる ・ 受けられない						
⑩-B				報酬支払を受けたときまたは受けられるときは、その報酬の額とその報酬額支払の基礎となった(なる)期間				自 令和 年 月 日から						
								至 令和 年 月 日まで						
								の分として 円						

◎ 「1. 個人振込」または「2. 事業所払い」のどちらかを記入してください。

1. 個人振込

口座確認のため、通帳等の銀行名・支店名・預金種別・口座番号・口座名義の記載のある部分のコピーを必ず添付してください。

支払金融機関欄	金融機関コード		支店番号		口座番号	
	金融機関名	銀行				支店
	預金種別	普通・当座	口座名義人(カタカナ)			

2. 事業所払い(個人振込の場合は記入しないでください)

私は下記の者を代理人と定め出産手当金の受領方を委任します。

令和 年 月 日

被保険者氏名(請求者) _____

給付金受領責任者 _____

令和 年 月 日提出
組合受付印

出勤簿・賃金台帳の写しを必ず添付してください。

事業主が証明するところ	⑪ 労務に服さなかった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		日間																															
	⑫ 出勤は○で、有給は△で、公休は公で、欠勤は/でそれぞれ表示してください。																																		
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	出勤	有給
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
	⑬ うえの期間中の分として、報酬を全部又は一部支給した場合又は支給する場合	全部・一部	自 年 月 日	至 年 月 日	日間	円	月 日	支払																											
		全部・一部	自 年 月 日	至 年 月 日	日間	円	月 日	支払																											
	全部・一部	自 年 月 日	至 年 月 日	日間	円	月 日	支払																												
	全部・一部	自 年 月 日	至 年 月 日	日間	円	月 日	支払																												
⑭ 現在までもまた将来も支給しない場合はその旨																																			
⑮	上記のとおり相違ないことを証明します。																																		
	令和 年 月 日																																		
	事業所所在地																																		
	事業所名称																																		
	事業主氏名																																		
	電話 ()																																		

医師又は助産師が意見を書くところ	⑯ 分娩年月日	令和 年 月 日	⑰ 分娩予定年月日	令和 年 月 日
	⑱ 正常分娩または異常分娩の別	正常 ・ 異常	⑲ 生産または死産の別	生産 ・ 死産(妊娠 か月)
	⑳ 入院して分娩したときは、その期間	令和 年 月 日から	⑳ 入院費用の別	健保 ・ 公費 自費 ・ その他
		令和 年 月 日まで		
	㉑ 出生児の数	単胎 ・ 双胎(児)		
㉒	上記のとおり相違ありません。			
	令和 年 月 日			
	医療機関所在地			
	医療機関の名称			
	医師の氏名			
	電話 ()			